

THESIS

MÜNICH

1965

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor: Professor Dr.K. Kolle

DIE TRÄUME DER
MANISCH - DEPRESSIVEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Hans Stefan Eigel

aus
Frankfurt am Main

1965



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenklinik der Universität
München.

Direktor: Prof. Dr. med. Kurt Kolle

DIE TRÄUME DER MANISCH - DEPRESSIVEN

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen
Fakultät der Ludwig - Maximilians - Universität
zu München

vorgelegt von
Hans Stefan Eigel
aus Frankfurt am Main
im Jahre 1965

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. med. J.E. Meyer

Co-Ref.: Professor Dr. K. Kolle

Dekan: Professor Dr. med. Otto Hug

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 2. 1965

Alle verschiedenen Arten und
Grade der Träume erforscht zu
haben würde bedeuten, in einem
weit tieferen Sinne, als in
irgend einem anderen Kenner
der menschlichen Seele zu sein.

Gerhard Hauptmann
(Immanuel Quint)

Herrn Professor Dr. K. Kolle möchte ich für sein freundliches Interesse und für die Bewegungsfreiheit, die er mir auf allen Stationen seines Hauses während der Durchführung meiner Untersuchungen gewährte, herzlich danken.

Herrn Professor Dr. J. E. Meyer bin ich für die Stellung des Themas und seine Unterstützung zu großem Dank verpflichtet.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Einleitung	1
B. Methodik	6
1. Überredung zur Mitarbeit	6
2. Zeitpunkt der Befragung	7
3. Unterschiede zwischen Traum- und Tagesstimmung	7
4. Von der Bedeutung des Traum Inhaltes	8
C. Ergebnisse	9
1. Traumqualität in gesunden Tagen	9
2. Traumqualität unmittelbar vor Beginn des Eintritts einer Phase	10
3. Traumverhalten während des klinisch faßbaren Beginns einer Phase	13
a) Bei Depressiven	13
b) Bei Manischen	16
c) Bei Cyclothymen	16
4. Traumstimmung im Verlauf der Phase	16
a) Auftreten von Kontrastträumen bei Depressiven	16
b) Traumstimmung bei Manischen	22
c) Traumstimmung bei Patienten mit Phasenwechsel	23
5. Traumverhalten von Patienten mit andersartigen Störungen	23
6. Die Einwirkung der Therapie auf das Traumverhalten	25
a) Wirkung der Medikamente	25
b) Wirkung der Elektroschockbehandlung	26
7. Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse	27
D. Besprechung der Ergebnisse und Diskussion	30
E. Zusammenfassung	36
F. Literaturverzeichnis	37

A. Einleitung

Die Bedeutung des Traumes für den einzelnen Menschen und für ganze Völker läßt sich in der Geschichte der Menschheit weit zurückverfolgen. Da die heutige Traumforschung und -deutung aus der Geschichte heraus gewachsen ist, sollten in einer Arbeit über den Traum die Meilensteine ihrer Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Medizin und zu der in dieser Arbeit auftauchenden Problematik in Kürze geschildert werden.

Als Ursprungsland der Traumdeutung darf Ägypten angesehen werden; in diesem Land richtete sich, ähnlich wie bei den Assyriern, das gesamte Leben nach den Träumen. In Ägypten wurde zuerst dem Traum kultische Bedeutung beigemessen, ebenso wie später in Griechenland; hier sind die Inkubationsträume von Interesse; in den Tempeln des Asklepios wurde Diagnose und Therapie durch sie entscheidend beeinflußt. Die Wunderheilungen von Epidauros sind noch heute für den Betrachter von faszinierender Kraft und Rätselhaftigkeit. Man kann also in Ägypten und Griechenland von einer Inkubationspraxis, einer medizinischen Auswertung der Träume sprechen.

Im Gegensatz zu den Ägyptern und seinen griechischen Zeitgenossen steht Antiphon, der die Herkunft der Träume aus den natürlichen Vorbedingungen und nicht aus übernatürlichen Kräften erklärt.

Bei P l a t o finden sich erstmals Gedanken über die vorausschauende Kraft des Traumes und über das Problem der Kompensation, das - soviel sei vorweggenommen - in dieser Arbeit eine zentrale Stellung einnehmen wird.

A r i s t o t e l e s und H i p p o k r a t e s sahen zuerst die Möglichkeit, aus dem Traum kommende Krankheiten zu erkennen. Auch Hippokrates hat sich in seiner Diagnose und Therapie der Krankheiten von den Träumen leiten lassen. Im Traumbuch des A r t e m i d o r u s läßt sich erst-

mals eine Beachtung der Symbole feststellen, die später bei Freud und Stekel erneut Bedeutung gewannen. Zumindesten erwähnt seien aus der Antike die Träume Hannibals und Cäsars, die politisch und als entscheidend für die Völker in die Geschichte eingingen.

Synesius von Kyrene wies auf den mythischen Gehalt der Träume hin. Es finden sich also durchaus in der Antike Erkenntnisse über den Traum, die für die heutige Traumforschung richtungsweisend waren.

Im Mittelalter wurden keine bedeutsamen und wesentlichen Fortschritte in der Erkenntnis über den Traum gemacht. Arnold von Villanova und Nicolaus Florentinus benutzten in dieser Zeit den Traum als Hilfsmittel für Diagnose und Therapie. Auch die Zeit der Renaissance und der Aufklärung brachte keine neuen Aspekte für das Wissen um den Traum.

Zwei verschiedene Richtungen des Geisteslebens der beiden vorvergangenen Jahrhunderte prägten entscheidend die Grundzüge der Traumforschung unseres Jahrhunderts:

Einmal finden wir die weniger bestimmend gewordene naturwissenschaftliche Psychologie des 19. Jahrhunderts mit ihren Vertretern Gustav Fechner und Wilhelm Wundt, die Versuche über experimentelle Auslösung von Träumen machten.

Der entscheidenden Aufschwung nahm die Traumwissenschaft in der Romantik; hier wird der Traum nicht mehr nur naturwissenschaftlich, sondern auch von der metaphysischen Seite gewürdigt. Gotthelf Heinrich von Schubert (18) gab dem Traum den Rang einer "Ur- und Natursprache der Seele".

Der Gedanke der romantischen Schule, eine Verbindung zwischen

Traum, Märchen und Mythos zu finden, war eine der Wurzeln für die späteren Arbeiten F r e u d ' s (5) über die Mythen als "säkulare Träume der jugendlichen Menschheit" und für J u n g ' s (11) Symbolik der Archetypen und für seine Lehre vom kollektiven Unbewußten.

Zur Vervollständigung der Geschichte des Traumes soll kurz auf die Traumtheorien eingegangen werden, die für die heutige Psychologie und Psychopathologie Bedeutung gewonnen haben, weil auch in einer klinischen Traumsammlung wie der folgenden die unterschiedlichen Traumtheorien und Traumdeutungsmöglichkeiten unerläßlich sind, das Bild der Krankheit des Patienten und seiner seelischen Grundstruktur abzurunden.

Neben der Triebpsychologie F r e u d ' s mit seinen Begriffen der "Traumzensur" und des "manifesten und latenten Trauminhalts" stehen A d l e r (1) und M a e d e r (14) , die die Bedeutung der prospektiven Tendenz der Träume betont haben; die Formelemente des vorausschauenden Traumes sind nach ihrer Ansicht die Lebensgegebenheiten, das im Menschen Vorhandene und die bisherige Lebenslinie des Träumenden. Im Menschen und seinem Traum als Ausdruck zeigen sich die Möglichkeiten künftigen Handelns. J u n g schließlich brachte die Konzeption des kollektiven Unbewußten und die kompensatorische Funktion des Traumes, die schon von P l a t o aufgezeigt wurde, erweiternd zu den vorgenannten Theorien hinzu. - Die Arbeiten von S t e k e l (21) , S c h u l t z - H e n c k e (19) und B j e r r e (3) seien hier nur zur Vervollständigung erwähnt.

Entscheidend ist, daß jeder der angeführten Autoren neben vielem, das später bestritten oder als zu einseitig erkannt wurde, bleibende Erkenntnisse für die Traumforschung gewonnen hat, die trotz ihrer Verschiedenartigkeit nebeneinander bestehen werden und einander ergänzen. Ihre Theorien bilden zwar nicht den Kernpunkt dieser Arbeit, geben aber aus der Vielfalt ihrer Aspekte heraus Rahmen und Grundlage für jedes Bemühen um das Verständnis des Traumes ab.

Es finden sich nun sehr viele Schriften über den Traum vor allem in Beziehung zu den Neurosen.

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist eine Arbeit von de Sanctis (16), der den Zusammenhang zwischen Traum und Psychose für so weitgehend hielt, daß er von "Traumpsychozen" sprach, d.h., er behauptete, daß Psychozen durch Träume entstehen könnten.

Auch über die Träume Schizophrener sind Arbeiten verhältnismäßig reichlich erschienen. Aber das Material über die Träume der Manisch-Depressiven ist bisher sehr dürftig geblieben.

Es geht nun bei dieser Arbeit darum, Zusammenhänge herauszuarbeiten, die besonders den Gefühls- und Stimmungsgehalt der Träume der Manisch-Depressiven in seiner Beziehung zum bewußten Tagesleben aufzeigen sollen. Weiterhin ist zu prüfen, ob im Verlaufe, vor oder nach der Erkrankung, Träume auftreten, die nach ihrer Art so typisch sind, daß sie Rückschlüsse gestatten auf die Prognose, die Diagnose und vielleicht die therapeutische Beeinflussung der Cyclothymie. Besonders zu berücksichtigen war hier die Frage, ob eventuell ein Phasenwechsel sich in den Träumen der Manisch-Depressiven ankündigen könnte und ein frühzeitiges therapeutisches Eingreifen ermöglichen würde. Boss (4) hat bei Schizophrenen Untersuchungen ihrer Träume angestellt. Seine Befunde seien vergleichend in der kritischen Besprechung der Ergebnisse angeführt.

Am Rande galt es zu beachten, welche Rolle die Schockbehandlung einerseits und die medikamentöse Behandlung auf der anderen Seite für die Gefühlsqualität des Traumes und überhaupt für sein Auftreten bzw. Verschwinden spielt.

Von S i e b e n t h a l (20) bemerkt, daß Traumforschung und Traumdeutung untrennbar miteinander verbunden sind, weil die Erkenntnisse beider Richtungen sich ergänzt haben. Darum mögen die angeführten Träume für den Geübten für sich selbst sprechen; denn es ist unerlässlich für das Verständnis der Ergebnisse, die geläufigen und in kürzester Form skizzierten Traumtheorien und ihre Anwendungsmöglichkeit auf die Träume der Manisch-Depressiven hin zu beachten.

B. Methodik

1. Überredung zur Mitarbeit

Der Weg zum Traum und die Suche nach der richtigen Methode läßt sich am besten in der Besprechung der chronologischen Aufeinanderfolge unseres Vorgehens dartun. Zunächst galt es, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und ihm die Notwendigkeit der Mitarbeit vor Augen zu führen. Die Patienten, meist einfachen Kreisen entstammend, mußten zunächst von eingebürgerten Vorstellungen gelöst werden, die den Traum entweder als etwas Nutzloses abtun oder ihn mit einer Fülle abergläubischer Deutungen umgeben. Am Anfang der Untersuchungen wurden die Patienten zur Mitarbeit gebracht, indem ihnen die Wichtigkeit ihrer Hilfe für den Fortschritt der Wissenschaft vor Augen geführt wurde; im Verlaufe der Untersuchungen aber konnte den Patienten ihre Mitarbeit dadurch erstrebenswerter gemacht werden, daß man ihnen zu bedenken gab, es sei für sie selbst und ihren Heilungsverlauf günstig, auf ihre Träume zu achten und sie zu erzählen. Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit wurde dadurch wesentlich gesteigert.

Mancher Patient behauptete, noch nie geträumt zu haben; meist handelte es sich hier jedoch um Menschen, die zwar schon geträumt hatten, die aber ihre Träume für so unwesentlich und so wenig bemerkenswert hielten, daß sie eine Beschäftigung mit ihnen als nutzlos abtaten. Gerade bei ihnen trat nun die Erscheinung auf, daß sie als angebliche "Nichtträumer", darauf hingewiesen, auf ihre Träume zu achten, ja, sich vor dem Einschlafen auf das Träumen zu konzentrieren, in der Folge zu ihrer eigenen Überraschung mehr Träume erzählen konnten als manche anderer Patient. Einigen hartnäckig sich gegen das Träumen sträubenden Patienten wurde abends geradezu der "Befehl" zum Träumen gegeben und aufgetragen, ihre Träume bis zum Morgen nicht zu vergessen. Viele von ihnen berichteten, daß sie von diesem "Befehl" in den nächsten Nächten geträumt hätten. Das war oft der Anstoß für das weitere Zustandekommen von Träumen, die ohne Behinderung durch die Schranke des Vergessens erzählt werden konnten. Waren die Widerstände überwunden, galt es, die beste Form zu finden, das im Traum Erlebte möglichst unverfälscht und frühzeitig zu erhalten. In der ersten Zeit wurde der Versuch gemacht, die Patienten dazu anzuhalten, ihre Träume schriftlich zu fixieren. Letzteres war bei der Menge der Patienten, den vielerlei Störungen von Seiten des klinischen Betriebes und den durch die Eigenart der manisch-depressiven Erkrankung gegebenen Widerstände, sich mehr als nötig mit anderen Dingen als ihrer Krankheit zu beschäftigen und sich zu einem eigenen Tun aufzuraffen, in der Regel nicht möglich. So war nicht anders ein genügendes Traummaterial zu beschaffen, als jeden Patienten täglich anzusprechen und die Träume, manchmal auch erst nach einigem Drängen, erzählen zu lassen.

2. Zeitpunkt der Befragung

Es wurden im Laufe der Untersuchungen bei den depressiven Patienten mit den ihnen eigentümlichen Tagesschwankungen die unterschiedlichen Ergebnisse einer Befragung am Vor- und am Nachmittag deutlich und bestimmten die Methodik der weiteren Untersuchung. So mußte man bei Patienten, deren Stimmungslage morgens auf dem tiefsten Punkt lag, dazu übergehen, den Nachmittag zur Befragung zu benutzen, um zu verhindern, daß angenehme Träume in der besonders bedrückten Stimmung am Morgen in ihrem angenehmen Stimmungsgehalt herabgemindert oder gar unterdrückt wurden. Ebenso wurden oft unangenehme Träume ins Maßlose gesteigert. Deshalb war es wichtig, die Tageszeit der Befragung zu wechseln. Bei Patienten mit besonders schlechter Stimmungslage am Vormittag mußte ein späterer Zeitpunkt des Tages gewählt werden. Es war dabei allerdings damit zu rechnen, daß viel Entscheidendes bis dahin vergessen wurde, besonders wenn die Patienten unter starker Medikamentenwirkung standen. Einige differenzierte Kranke konnten dazu bewegt werden, schriftliche Aufzeichnungen zu machen.

3. Unterschiede zwischen Traum- und Tagesstimmung

Zur Auffindung einer Gesetzmäßigkeit in den Träumen der Kranken galt es festzustellen, ob es Unterschiede gab im Stimmungsgehalt des Tagbewußtseins und dem der Träume. Darum mußten die Patienten selbst zur Beurteilung einer eventuell vorhandenen Gegensätzlichkeit zwischen Tages- und Traumstimmung angeregt werden; der Untersucher war also auf eine mehr oder minder subjektive Beurteilung der Träume von seiten des Kranken angewiesen, sofern nicht der Inhalt des Traumes von vorneherein ein Erkennen der Stimmungslage zuließ. Meist jedoch war die Entscheidung, welcher Stimmungsqualität der Traum zuzuordnen sei, verhältnismäßig eindeutig und klar zu treffen, weil die Patienten oft den ganzen Tag von ihrer Traumstimmung und der Erinnerung an sie, gleichgültig, ob sie positiv oder negativ war, nicht loskamen. Schließlich war jeden Tag darauf zu achten, ob das Auftauchen und Verschwinden von Träumen, die Art der Traumstimmung und -symbolik in einen kausalen Zusammenhang zum Verlauf der Erkrankung gebracht werden konnte und welche Rolle die medikamentöse und Schockbehandlung dabei spielte.

Dazu war es nötig, das Traumleben der Patienten in ihren gesunden Tagen zum Vergleich heranzuziehen, um erst einmal zu einem Bild der Andersartigkeit des Träumens während der Zeit der Krankheit zu kommen.

Gerade bei den Patienten mit stereotyp auftauchenden Serienträumen war es mit einiger Mühe verbunden, sie dazu zu bringen, die geringsten Veränderungen in ihren Träumen mitzuteilen, um daraus Anhaltspunkte für die Beziehungen zwischen Krankheitsverlauf und Traumgeschehen zu gewinnen.

Das wurde auch besonders sorgfältig bei den wenigen manischen Patienten und denen getan, bei denen ein Phasenwechsel stattgefunden hatte oder zu erwarten war.

4. Von der Bedeutung des Traum inhalts

Auch der Traum inhalt erwies sich im Verlaufe der Untersuchungen durch das Auftreten bestimmter Symbole und sich bei vielen Kranken in einzelnen Krankheitsphasen wiederholender stereotyper Träume als beachtenswert und wesentlich zur Beurteilung möglicher Sinnzusammenhänge zwischen Krankheit und Traum. Es war nur bei interessierten Patienten möglich, eine Unterhaltung darüber zu führen, welche Gedanken sie sich über den Inhalt und eine mögliche Bedeutung ihrer Träume gemacht hatten.

Im Laufe der Monate wurde das Erzählen der Träume auf den klinischen Stationen, auf denen die Traumsammlung durchgeführt wurde, bald zu einer alltäglichen Einrichtung, die von den Kranken akzeptiert wurde. Das Interesse wuchs, je es ging bald soweit, daß neu aufgenommenen Patienten ohne Zutun des Untersuchers von ihren Mitpatienten zur Beschreibung ihrer Träume angehalten wurden. Da nur ein begrenzter Zeitraum für diese Untersuchungen zur Verfügung stand, war es natürlich, daß viele Patienten nur in einzelnen Stadien ihrer Erkrankung auf ihre Träume untersucht werden konnten und eine durchgehende Dokumentation von Beginn bis Ende der Krankheit nicht die Regel war.

Die folgenden Untersuchungen wurden in der Zeit von September 1960 bis Januar 1961 an der Münchener Nervenklinik durchgeführt. In diesem Zeitraum wurden bei 50 Patienten 470 Träume gesammelt. Es handelt sich um 40 zum manisch-depressiven Formenkreis gehörende, während bei den 10 übrigen andere Störungen vorlagen. Bei den Manikien kann, durch die Fülle des gefundenen Traummaterials bedingt, nur ein Bruchteil der gesammelten Träume als Beispiel aufgeführt werden. Am Schluß der nun im einzelnen dargestellten und mit Beispielen erläuterten Befunde folgen zur Übersicht zwei Tabellen, in denen alle Patienten nach Diagnose und Stimmungsgehalt ihrer Träume zusammengefaßt sind, wobei letztere nach ihren Ergebnissen den in der Methodik erläuterten Fragestellungen entsprechend eingeordnet sind.

C. Ergebnisse

1. Traumqualität in gesunden Tagen

Die erste Frage galt der Traumqualität in gesunden Tagen. Hier war das Ergebnis bei Patienten mit der im Verlauf der Erkrankung bestätigten Diagnose "endogene Depression" *) durchweg uncharakteristisch und unauffällig. Eine Gesetzmäßigkeit war nicht feststellbar. Hier ist hinzuzufügen, daß nur von Patienten Material erwartet werden konnte, die sich an Träume aus ihren gesunden Tagen erinnern konnten, die sich also überhaupt mit ihrem Traumleben befaßt hatten. Diese warmin der Minderzahl und ihre Träume entsprachen in Symbolik und Stimmungsehalt wohl etwa der Norm; mit einer Ausnahme: Solche Kranke, die im Laufe ihrer klinischen Behandlung auf Elektroschock oder Antidepressiva nicht reagierten und bei denen sich eine neurotische Grundstruktur ihrer Persönlichkeit während der Behandlung herausstellte, zeigten andersgeartete Traumbilder, die bei den Ergebnissen denen der manisch-depressiven gegenübergestellt werden sollen. Diese Patienten verblieben meist über längere Zeit als die endogen depressiven Kranken auf der Station, wobei sie durch das Fehlen einer eingehenden Psychotherapie meist nicht wesentlich gebessert entlassen werden mußten, was sich auch in ihrem unverändert gebliebenen Traumleben ausdrückte.

*) Altersdepression, Depression im Rückbildungsalter, Angstpsychose im Klimakterium und Wochenbettdepression wurden einbezogen.

2. Traumqualität unmittelbar vor Beginn des Eintritts einer Phase

Eine weitere wichtige Frage an die Patienten war, ob sie eine Veränderung ihrer Traumstimmung vor dem Einsetzen der Krankheitserscheinungen depressiver oder manischer Art bemerkt hätten.

Hier war nun ein beachtenswerter Befund zu erheben: Bei den 60 Patienten mit zum manisch-depressiven Formenkreis gehörender Schlußdiagnose hatte ein Teil eine Veränderung der Traumstimmung vor Beginn der eigentlichen Erkrankung bemerkt; ein anderer Teil wurde durch die Eindringlichkeit der in ihren Träumen auftauchenden angestimmten - traurigen oder besorgten heiteren Stimmung zum ersten Mal auf das Traumleben überhaupt aufmerksam. Es ergab sich sehr recht häufig, daß die Patienten irgendwie einen Kausalzusammenhang zwischen dem Auftreten dieser Träume und dem Auftreten ihrer Beschwerden zu finden suchten. Viele Patienten jedoch behaupteten, noch nie getraut zu haben, diese Träume erst zur Beobachtung und zum Nichtvergessen ihrer Träume angeleitet worden. Von den 20 Patienten mit endogener Depression konnten sich nur 10 an ihr Traumleben vor Beginn ihrer Erkrankung erinnern. (S. nachfolgende Tabelle). Es war den meisten sehr auffallen, daß ihre Träume bereits vor Beginn der Veranlassung einzelner Beobachtungen und angestimmt wurden. Die Kranken wurden dabei ausdrücklich darüber befragt, ob sie bei Auftreten dieser Träume in ihrem Alltagsleben noch voll leistungsfähig gewesen seien und keine Änderung ihrer Tagesstimmung bemerkt hätten. Dies bejahten sie in der Mehrzahl der Fälle, wodurch eine Diskrepanz zwischen Traumleben und Tagesstimmung deutlich wurde.

Eine gewisse Bestätigung des vorstehenden Befundes lag darin, daß keiner der 20 Patienten mit einer der in der Übersicht erwähnten nicht zum manisch-depressiven Formenkreis gehörenden Diagnosen in ähnlich charakteristischer Weise von einem Auftauchen krankhaft gefärbter Träume in der Zeit vor dem Manifestwerden seiner Erkrankung berichten konnte.

T a b e l l e I

<u>Endogen Depressive:</u>	46
Erinnerung an die Träume unmittelbar vor Beginn der depressiven Phase:	28
Davon vorausseilende depressive Traumstimmung:	20
Davon angeblich keine Träume:	4
Davon uncharakteristische Träume:	4
Keine Erinnerung möglich:	15
Stuporöse Patienten:	3

<u>Cyclothyme Patienten:</u>	11
Erinnerung an das Traumleben unmittelbar vor dem Phasenwechsel:	7
Davon dem Phasenwechsel vorausseilende Änderung der Traumstimmung:	7
Uncharakteristische Träume:	4

Es folgen nun einige Traumbispiele von endogen depressiven Patienten unmittelbar vor Beginn der Phase:

L. R., K.G.Nr. 1479/60

Dieser Patient, der zum zweiten Mal wegen endogener Depression in die Klinik aufgenommen werden mußte, träumte einige Monate vor Beginn seiner Erkrankung immer wieder "daß ich das gleiche Leiden wiederbekomme" und "daß ein Pferd mich packen und beißen wollte und ich nicht vom Fleck kommen konnte".

Diese und ähnlichen Träume wiederholten sich im Sommer 1960 bei dem Patienten, wobei er sie ausdrücklich als im Gefühlston abweichend vom Tagesleben und bisherigen Traumleben schilderte.

B. S., K.G.Nr. 90/61

"Mir träumte von meiner Mutter. Sie erschien als verummte Gestalt und machte drei Kreuze an die Tür, wobei sie sagte: die drei hole ich mir noch; darunter bist du auch."

Die Patientin hatte bei diesem und ähnlichen Träumen, die sich vor Beginn ihrer Krankheit wiederholten, deutlich das Gefühl einer Verschlechterung ihrer Traumstimmung bei nicht spürbar verändertem Tagesbefinden.

Drei vorwiegend manische Patienten haben von entsprechenden Veränderungen ihrer Träume nach der heiteren und angenehmen Seite hin berichtet.

Von besonderem Interesse war bei den cyclothymen Patienten die Frage, ob der Phasenwechsel sich vorher in ihren Träumen ankündigte. Von 11 Patienten mit der klinischen Diagnose Cyclothymie hatten 7 eine Erinnerung an ihr Traumleben vor einem Phasenwechsel (S. Tabelle I). Es war ihren Äußerungen zu entnehmen, daß mehrere Tage vor Eintritt einer neuen Phase der Stimmungsgehalt ihrer Träume sich dem Bild der darauf folgenden manischen bzw. depressiven Phase entsprechend veränderte. Traumbeispiele waren nicht zu erhalten, die veränderte Traumstimmung jedoch, die im Gegensatz zum Gefühlston des Tages stand, wurde von den Kranken deutlich wiedergegeben.

K. A., K.G.Nr. 1641/60

Während der Depression noch merke ich oft, wie die Träume etwas markanter, schöner, freudiger, recht lebhaft werden und durchaus nichts Unangenehmes

bringen; so bleibt es auch während der ganzen Zeit, in der ich mich wohlfühle. Scheußlich werden die Träume dann, bevor die Depressionen wiederkommen."

Die Schilderung dieses Patienten ist typisch und kehrte in ähnlicher Form bei 6 weiteren cyclothymen Kranken wieder. Bemerkenswert bei diesen Untersuchungen depressiver bzw. manischer Inhalte in den Träumen war der Unterschied zeitlicher Art zwischen rein Depressiven und Cyclothymen mit raschem Phasenwechsel. So tauchte entsprechend dem längeren Verlauf bei rein depressiven Patienten die depressive Traumstimmung Tage und Wochen vor dem klinisch faßbaren Beginn der Krankheit auf, bei Kranken mit raschem Phasenwechsel meist nur wenige Tage vorher.

3. Traumverhalten während des klinisch faßbaren Beginns einer Phase

a) Bei Depressiven

Während des klinisch faßbaren Beginns der Erkrankung steigerte sich bei den depressiven Patienten die ängstliche und gehemmte Traumstimmung noch weiter. Von den 46 Patienten mit endogener Depression hatten 28 Träume voller Hemmung und Angst, 2 hatten angenehme Träume, die Träume der übrigen 16 Patienten konnten nicht verwertet werden (keine oder unzureichende Erinnerung, depressiver Stupor). (S. Tabelle II).

T a b e l l e II

<u>Endogen Depressive:</u>	46
Von diesen Hemmungs- und Angstcharakter der Träume	28
Angenehme Träume	2
Angeblich keine Erinnerung an die Träume möglich	3
Angeblich keine Träume	3
Nicht verwertbar	10

Von keinem der mit voller Symptomatik erkrankten Patienten jedoch war zu erfahren, daß sich zu Beginn ihrer Krankheit Träume mit angenehmen Stimmungsgehalt eingestellt hätten.

Traumbeispiele:

B.D., K.G.Nr. 1017/60

"Da waren Katzen und Mäuse, drei bis vier Stück, lang und schwarz, alle mit die Köpf' weggerissen und haben am Boden gelegen. Wollt' jemand mit so einer Maus nach mir werfen, da hab ich geschrien vor Angst."

"Mir ist bei der Arbeit nichts von der Hand gegangen. Von meinen Hemmungen hab' ich geträumt. Ich bin einfach nicht losgekommen."

"Meine Hausfrau ist gestorben. Sie war im Sarg dringelegen und 'wollten's zumachen. Da hat sie den Kopf gerührt und ist dann rausgekrabbelt. Bin so erschrocken, daß ich geschrien habe."

F.D., K.G.Nr. 937/60

"Ich war auch im Traum schwermütig. Ein Hund ist immer um mich herumgesprungen und hat geheult, als ob er Mitleid mit mir hätte."

E.E., K.G.Nr. 1023/60

"Ich war in einem Kino. Schlangen waren als Bild auf der Leinwand. Eine ist aus der Leinwand gekommen und hat mich hinter's Ohr gebissen. Es war gruselig."

S.H., K.G.Nr. 804/60

"Von drei offenen Gräbern hab ich geträumt. Ein kleiner Vogel ohne Federn hat einen andren kleinen auch nackten Vogel gefressen. Es hat ganz häßlich ausgesehen."

M.H., K.G.Nr. 999/60

"Ich hab von einem Berg geträumt, wo ich 'nauf gemußt hab' und hab' nicht können. Dabei hab' ich mich müde und schlapp gefühlt. Es war viel Schnee dabei."

T.K., K.G.Nr. 1191/60

"Mir träumte, ich sei gestorben und meine Eltern hätten gesagt, jetzt bist du da, jetzt kommst du auch zu uns hinein. Ich bin am Grab gestanden. Die Körper waren zu sehen und die Stimmen zu hören."

M.K., K.G.Nr. 1048/60

"Es war mein Mann da und viele Leute. Alles war so beengend. Drei Stück Pferde haben uns so verdrängt. Dann hab' ich ein Skelett gesehen, das soll mein Mann gewesen sein."

B.S., K.G.Nr. 90/61

"Ich habe miterlebt, wie ich gestorben bin. Es ging immer weiter von mir weg, wie wenn man ohnmächtig wird. Dann haben sie mich in den Sarg gelegt und auf den Friedhof gebracht."

L.Sch., K.G.Nr. 1353/60

"Vom Ackern hat mir geträumt. Ich bin beim Umpflügen mit der Arbeit nicht fertig geworden. Ich hab' keine Kraft gehabt."

"Mir hat geträumt, daß ich auf meiner eigenen Beerdigung war."

Bei allen erwähnten Träumen, die zu Beginn einer Depression gesammelt wurden, ergab sich eine der Tagesstimmung entsprechende oder noch stärker depressive Traumstimmung. Dabei ist das häufige Wiederkehren der Todessymbolik im Traum bemerkenswert.

Bei vielen depressiven Patienten gewann man den Eindruck, daß ihre für die endogene Depression charakteristischen Tagesschwankungen von beängstigenden und bedrückenden Träumen abhängig zu sein schienen, deren Wirkung erst gegen Nachmittag nachließ. Nur bei zwei leichteren Fällen war auch zu Beginn der Depression das Traumleben von freundlicher Grundstimmung. Bei einigen Patienten, die entgegen den bis zu diesem Zeitpunkt gesammelten Erfahrungen scheinbar

zu Beginn ihrer Erkrankung angenehme Träume hatten, stellte sich heraus, daß sie die Anfangszeit der Depression mit ihren unangenehmen Träumen vor Einlieferung in die Klinik durchgemacht hatten.

Von vielen Patienten war auch zu erfahren, daß sie außer dem Absinken der Traumstimmung im Beginn der Depression bemerkt hatten, daß sie seltener träumten. Patienten, die viel und oft geträumt hatten, war eine Verminderung, Patienten, die selten geträumt hatten, ein Versiegen ihrer Träume aufgefallen.

b) Bei Manischen

Die drei Patienten, die während ihres Klinikaufenthaltes ausgesprochen manisch waren, hatten zu Beginn und auch im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung ihrem Tagesbefinden entsprechende Träume.

c) Bei Cyclothymen

Die Träume der Cyclothymen mit häufigem Phasenwechsel entsprachen zu Beginn der depressiven Phasen denen der rein depressiven Patienten, so wie auch im Verlauf der weiteren Untersuchungen hier kein Unterschied festzustellen war. Während der manischen Phasen hatten sie, wie die ausgesprochen manischen Patienten, ihrem Tagesbefinden entsprechende Träume.

4. Traumstimmung im Verlauf der Phase

a) Auftreten von Kontrastträumen bei Depressiven

Im weiteren Verlauf zeigte sich bei den depressiven Kranken ein eigenartiges und charakteristisches Phänomen. (S. Tabelle III). Bei 32 der 46 endogen depressiven Patienten hob sich die Kurve der Traumstimmung merklich an bei gleichbleibender oder nur unwesentlich ansteigender Kurve der Tagesstimmung.

T a b e l l e III

<u>Endogen Depressive:</u>	46
Davon vorausseilende Besserung der Traumstimmung:	32
Persistenz depressiver Trauminhalte:	2
Parallele Aufhellung von Traum- und Tagesstimmung:	0
Keine Erinnerung möglich:	3
Angeblich keine Träume:	2
Nicht verwertbar:	7

Es traten Träume auf, welche in ihrer Gegensätzlichkeit zum Tagesbefinden als Kontrastträume bezeichnet werden können. Hier ist ein wichtiges Phänomen zu erwähnen:

Die depressiven Patienten versuchten häufig dem Untersucher gegenüber den freundlichen Gefühlston ihrer Träume zu verbergen, da dieser der augenblicklichen Tagesstimmung und dem Krankheitsgefühl so gar nicht entsprach. Bei zwei von den 32 Patienten, bei denen es sich um leichtere Verstimmungen handelte, waren die Träume schon zu Beginn angenehmer als die Tagesstimmung. Von den übrigen waren drei weibliche Kranke stuporös, einige gaben uncharakteristische Auskünfte und nur bei einigen wenigen ergab sich auch im Verlaufe der Krankheit nicht die im Regelfall zu beobachtende Besserung der Traumstimmung. Bei diesen wurde dann meist eine andere Ursache der Fortdauer der beängstigenden Trauminhalte gefunden, sei es in Folge einer neurotischen Grundstruktur oder einer reaktiven Komponente ihrer Depression.

Einige charakteristische Kontrastträume endogen Depressiver

im Verlauf der Phase:

A.D., K.G.Nr. 934/60

"Ich war auf einer grünen Wiese, lauter schöne Blumen waren da. Die Sonne hat sehr schön geschienen. Ich war sehr froh und glücklich gestimmt."

G.G., K.G.Nr. 992/60

"Ich träumte von einer Marienstatue. Sie war überlebensgroß, mit Scheinwerfern beleuchtet. Ich hab' auf einem Hügel gesessen und hörte in der Ferne Leute. Es war wunderschön."

und:

"Ich träumte von meiner Kindheit. Ich saß in der Schule im Handarbeitszimmer am Tisch und hab genäht. Ich war innerlich voller Freude. Es war hell und sonnig im Raum."

Bei dieser Patientin war der Unterschied zwischen Traum- und Tagesstimmung besonders gravierend. Bei ihr trat auch sehr deutlich die Tendenz zu Tage, das angenehme, freundliche und tröstende Traumgeschehen mit Bildern aus der Kindheit als nicht zum Tagesbefinden und zum schweren Krankheitsgefühl passend zu verdrängen und erst auf dringliches Befragen zuzugeben, daß sie sich im Traum sehr glücklich und friedlich gefühlt habe.

J.J., K.G.Nr. 1588/60

"Ich war mit meinen drei Kindern beim Skifahren. Wir sind den Berg immer wieder rauf und runter gefahren. Ich war in guter, lustiger Stimmung."

A.H., K.G.Nr. 1283/60

"Wir kamen am Sonntag morgen aus der Kirche, meine Frau und ich und Bekannte. Auf dem Heimweg kamen wir an einem Haus vorbei, da waren die Dachplatten runtergenommen. Wir sind raufgestiegen und fanden einen Sack voller Trompeten. Wir haben die Trompeten genommen und darauf geblasen und waren sehr fröhlich und vergnügt."

A.K., K.G.Nr. 858/60

"Es hat mir wieder von meinem Mann geträumt. Er ist dagewesen und hat gesagt, er möchte wieder so Lebkuchen wie für vergangene Weihnachten."

Bei dieser Patientin wiederholten sich die Träume von ihrem verstorbenen Mann immer wieder, zwar manchmal in tröstlicher Form, doch erlitt die Kranke wiederholt Rückfälle; eine reaktive Komponente ist allein nach den Träumen wahrscheinlich.

G.K., K.G.Nr. 1000/60

"Es hat mir geträumt, daß ich wieder daheim war. Ich hab' alles arbeiten können. Alles ist gegangen. Ich war so glücklich dabei."

M.K., K.G.Nr. 1048/60

"Ich bin im Wald gewesen und habe mit meinen Geschwistern Streu zusammen auf Haufen gemacht. (Ich träume immer von früher, von der schöneren Zeit, nie von jetzt.)"

Die Bemerkung dieser Patientin, daß sie häufig von früher träume, kehrte auch bei anderen Kranken in ähnlicher Form wieder; dazu ist noch festzuhalten, daß die Träume von der Kindheit und Jugend besonders oft dann auftauchten, wenn Kontrastträume aufzutreten begannen, also bei unverändert schlechtem oder nur leicht gebesserten Tagesempfinden.

A.L., K.G.Nr. 887/60

"Ich bin auf einem Waldfest gewesen und habe Bekannte und Freunde getroffen. Es gab lauter schöne Sachen. Dann bin ich mit dem Fahrrad gefahren und habe Preisselbeeren in ein Körbchen gesammelt."

Diese Patientin wußte allgemein zu sagen, daß ihre Träume im Verlaufe der Krankheit "leichter" geworden seien.

T.M., K.G.Nr. 905/60

"Es träumt mir allweil von daheim und von meinen Eltern. Ich hab so lachen können, hab' so viel Freud' gehabt, daß ich daheim war. Auch der Mann hat sich gefreut."

L.R., K.G.Nr. 1479/60

"Mir träumte, daß meine verstorbene Mutter in die Wohnung hinein kam und mich fragte, wie es ginge. Es geht viel besser, sagte ich."

Eine Grundlinie des Traumlebens zeichnete sich im Verlauf der Depression ab:

Handelten die zunächst auftretenden Kontrastträume häufig von der Kindheit, von Vater, Mutter und Geschwistern, so bewegte sie sich im weiteren Verlauf und gegen Ende der Depression um die Themen Beruf und Arbeit, die wieder aufgenommen und wieder vollbracht werden konnten und um die eigene Familie, der sich der Patient wieder sorgend zuwandte und in seinen Lebenskreis einbezog.

So gewinnt man den Eindruck, daß der depressive Patient in seinen Träumen sein Leben von der Kindheit an wieder durchlebt und aus tröstlichen und glücklichen Traumbegebenheiten aus verschiedenen Abschnitten seines Lebens die Kraft schöpft, sein Leiden zu überwinden, um sich dann in den letzten Träumen vor der Heilung wieder in seinem Beruf stehen zu sehen, dort, wo sich zuerst seine Krankheit in ihrer lebensschwächenden Kraft bemerkbar machte.

Einige typische Berufsträume gegen Ende der depressiven Phase:

J.H., K.G.Nr. 1599/60

"Ich war mit meinem Kamerad im Wald und war wieder gesund. Wir haben soviel Holz gefällt. Ich habe gesagt: das ist wieder schön im Wald."

"Ich war daheim bei Frau und Kindern."
und:

"Ich war auf dem Feld und habe Getreide auf den Wagen geladen. Ich hab' wieder eigenes Getreide, hab' ich gesagt. Ich hatte Freude und das Land gehörte mir."

H.G., K.G.Nr. 1042/60

"Ich war schon zu Hause. Es hat geschneit wie vor Weihnachten. Mama, du mußt bei uns bleiben, haben die Kinder gesagt. Ich muß noch einmal fort, hab' ich gesagt, ich komm' bald wieder, wenn ich ganz gesund bin."

A.L., K.G.Nr. 887/60

"Ich war wieder in meinem Betrieb, wo ich gearbeitet habe. Ich bin zum Oberinspektor gegangen. Der hat es geregelt, daß ich wieder anfangen konnte zu arbeiten. Ich war dann ganz selig, ein ganz anderer Mensch, war wieder die alte und war froh."

L.R., K.G.Nr. 1479/60

"Ich bin nach Haus gekommen zur Frau. Es war ein Freudentag. Wir haben beide erzählt, wie es uns ergangen ist. Es waren Blumen auf dem Tisch und alles war sauber."

Die aufgeführten Träume stammen aus der Endphase der Depression. Die Tagesstimmung näherte sich dabei zunehmend dem Stimmungsgehalt der Träume.

Nun sollen zusammenfassend einige Träume von einem Kranken aus verschiedenen Stadien einer Depression aufgeführt werden:

L.R., K.G.Nr. 1479/60 Ein Traum aus der Zeit vor Beginn der Verstimmung bei noch normalem Tagesbefinden:

"Ich hab' geträumt, daß mein Bruder sich erschossen hat. Dann träumte mir, daß ich das gleiche Leiden wiederbekomme und immer wieder, daß ein Pferd mich packen, beißen wollte und ich nicht vom Fleck gekommen bin."

Ein Traum aus der Zeit zu Beginn der Phase:

"Mir träumte, daß ich eine Leiter hochgeklettert bin. Ich war dabei sehr unsicher und voller Furcht. Als ich ganz oben war, ist sie rückwärts umgekippt. Ich bin mit Todesangst aufgewacht."

Zwei Traumbeispiele mit ansteigender Stimmungstendenz, der nach einigen Tagen auch eine deutliche Besserung im Tages-

befinden folgte:

"Daß meine verstorbene Mutter in die Wohnung hereinkam und mich fragte, wie es ginge. Es geht mir viel besser, sagte ich."

"Ich sah mein Heimatdorf im Traum wieder und bergab unten einen Bach. Ich hab' eine Brücke über den Bach gebaut. Viele Fische waren da. Ich dachte, du mußt mal angeln gehn. Ich hatte das Gefühl, wieder gesund zu sein."

Zum Abschluß ein Traum aus der Zeit, in der sich Traum und Tagesstimmung zunehmend einander näherten:

"Ich war da, wo ich arbeite, im Grubengewand. Alles war zum lachen. Der ganze Traum war eine Freude. Es war nicht anders als im Leben."

b) Traumstimmung bei Manischen

Bei den 3 ausgesprochen manischen Patienten ergab sich auch im Verlauf ihrer Erkrankung keine den Depressiven entsprechende der klinischen Besserung vorausgehende Änderung des Gefühls-
tons ihrer Träume. Kontrastträume mit unangenehmem Inhalt stellten sich nicht ein. Bei Besserung ihres klinischen Zustandes oder höchstens ganz kurz zuvor kam es zu einer Normalisierung ihres Traumlebens.

Traumbeispiel eines Manischen im Höhepunkt der Phase:

K.A., K.G.Nr. 1641/60

"Mir träumte, daß ich selbst irgendwie in das Weltgeschehen eingreifen könnte, mich mächtig und stark fühlte und mit eigener Kraft die Welt in bessere Bahnen lenken könnte."

"Ich war in der Hölle. Ich habe nette Menschen kennengelernt und auch Bekannte getroffen. Es waren schöne Frauen da, es war sehr lustig. Das, was die ewige Verdammnis ausmacht, war alles vorhanden. Die Frauen hatten kein Geschlecht, sie haben die Männer nur gereizt, konnten sie aber nicht befriedigen. Es waren hübsche weibliche Wesen."

c) Traumstimmung bei Patienten mit Phasenwechsel

Die Ergebnisse bei den Cyclothymen in ihren manischen Phasen waren die gleichen, nur mit der Einschränkung, daß sich hier zwar auch Träume depressiven Stimmungsgehaltes bei unveränderter Stimmungslage am Tage einstellten, die man zunächst für Kontrastträume halten konnte, die sich aber dann als Verboten des Phasenwechsels zur Depression herausstellten.

Der Wechsel von der depressiven zur manischen Phase ließ sich - das gilt auch umgekehrt - wegen der geringen Zahl der Patienten, bei denen während des Klinikaufenthalts ein Phasenwechsel auftrat, nur selten im Traumleben verfolgen.

Hier war der Untersucher sehr auf allgemein gehaltene Aussagen der Kranken über den Stimmungsgehalt ihrer Träume aus der Erinnerung angewiesen. Es war jedoch ihren Angaben und einigen Träumen zu entnehmen, daß bei längerer Dauer der depressiven Phase auch diese Träume sich nach Art der bei nur depressiven Patienten beschriebenen Kontrastträume wandelten. Vor dem Phasenwechsel zur Manie schließlich wandten sie sich vom freundlichen, tröstenden Traumcharakter zur überschäumenden, für die manische Phase typischen Traumstimmung.

P.Sch., K.G.Nr. 304/61

" ... daß ich im Traum eine große Erkenntnis hätte, mich groß und mächtig fühle und oft von Chruschtschow träume und mich mit ihm wesensverwandt fühle."

Dieser Patient (ein Cyclothymus wenige Tage vor dem Phasenwechsel zur Manie) empfand seine Träume selbst als überheblich, übersteigert und in ihrer optimistischen Stimmungslage als nicht seinem derzeitigen depressiven Tagesbefinden entsprechend.

5. Traumverhalten von Patienten mit andersartigen psychischen Störungen

Bei 20 Patienten, bei denen andersartige Störungen vorlagen, (reaktive Depression, Neurosen), wurde die Traumuntersuchung durchgeführt, um festzustellen, ob Träume vielleicht als differentialdiagnostisches Kriterium verwertbar sind.

Diese Patienten zeigten häufig gleichbleibende Traumbilder vor und auch während ihres Klinikaufenthaltes, in denen immer wieder die wahrscheinlich für ihre seelischen Störungen bedeutsamen Lebenssituationen auftauchten. Dafür einige Beispiele:

K.M., K.G.Nr. 998/60 (reaktive Depression)

"Ich hab immer gesucht, daß ich eine Entschädigung kriege, gesucht, gesucht, gesucht nach einer ruhigen Existenz."

Ein typischer Traum, der in Abwandlungen immer wieder bei der Patientin K.M. auftrat und durch seine Monotonie über einen längeren Zeitraum eine Abgrenzung gegenüber den Träumen endogen Depressiver zuzulassen scheint. Weiterhin:

E.R., K.G.Nr. 1057/60 (reaktive Depression)

"Ich mußte auf einen hohen Berg, ich mußte auf ein Kind aufpassen. Da kamen zwei große Hunde, wie ich an das Kind heran wollte, ich konnte nicht an das Kind hin. Ich hatte Angst, daß es vom Berg 'runterfällt. Ein Hund hat mich angefallen und auf den Boden geworfen. Der andere Hund hat mich immer am Genick gepackt, als ich das Kind hatte."

"Ich bin mit meiner Mutter spazieren gegangen an einem Bauernhof vorbei. Da hat ein Tier furchtbar geschrien. Im Stall waren lauter kleine schwarze Hunde, auch die Hundemutter war dabei. Die hat eins nach dem andern hingemacht. Ich mußte dem Schauspiel zusehen, ohne helfen zu können."

Die letztgenannte Patientin kam nach einem mißglückten Abtreibungsversuch, aus schlimmen häuslichen Verhältnissen mit einer reaktiven Depression zur Aufnahme in die Nervenklinik. Sie hatte ähnliche Träume während der ganzen Zeit ihres Aufenthaltes. Die Deutung liegt auf der Hand.

B.Sch., K.G.Nr. 662/60

"Meine Mutter hab ich sterben sehen. Es war genauso wie bei meinem Mann. Die Augen sind immer wieder so hochgegangen. Sie ist immer wieder zu sich gekommen. Mir ist es

dann auch so schlecht gegangen. Ich bin immer wieder zur Mutter und zu meinem Mann hin, die haben beide so dagelegen. Furchtbare Angst habe ich dabei ausgestanden."

Diese Patientin wurde lange Zeit als endogene Depression behandelt. Sie zeigte aber immer wieder Angstträume gleicher Art, vom Tode ihres Mannes. Sie wurde erst spät versuchsweise psychotherapeutisch behandelt und wenig gebessert mit der Diagnose "abnorme Reaktion" entlassen.

M.V., K.G.Nr. 965/60 (endo-reaktive Depression)

Zwei Träume, die sich dem Inhalt nach bei der Patientin häufig wiederholten:

"Mein Mann betrügt mich mit einer anderen. Ich bin todunglücklich. Entweder komme ich dazu oder erfahre es. Immer ist es so."

"Die Szene aus der Kindheit, bei der mein Vater mich prügelt, kommt immer und immer wieder. Die Verzweiflung darüber ist immer wieder da. Auch meine Mutter war wieder unzufrieden mit mir, weil ich die Arbeit nicht schnell genug gemacht habe."

Die letztgenannte Patientin hat in ihrer Kindheit durch die schlechte Behandlung von Vater und Mutter schwere Traumata erlitten und hatte große Schwierigkeiten in ihrer Ehe. Beides tauchte in ihren Träumen immer wieder auf.

6. Die Einwirkung der Therapie auf das Traumverhalten

a) Wirkung der Medikamente

Die Wirkung der Medikamente auf die Träume der Patienten war folgende: Eine hemmende Wirkung der Neuroleptica, besonders der Phenothiazine, war deutlich zu bemerken; ob das daran lag, daß das Träumen durch die Phenothiazine weniger lebhaft, blasser, unkonturierter wird (= Änderung der Qualität) oder ob die Traumquantität sich verminderte, war nicht sicher zu entscheiden. Das physiologische Ablassen und Vergessen der Träume im Verlaufe des Tages schien deutlich verstärkt zu sein. Es ergab sich daher, wie oben bemerkt, die

Notwendigkeit, Patienten, die eine stärkere neuroleptische Behandlung erhielten, trotz des morgendlichen Stimmungstiefs schon am Vormittag zu befragen.

b) Wirkung der Elektroschockbehandlung

Einen deutlichen Einfluß auf das Träumen hatte die Elektroschockbehandlung. Für einige Tage versiegte das Traumleben ganz. Bei den Patienten, die keine Wirkung auf diese Behandlung zeigten, traten nach einigen traumlosen Nächten Träume gleichen depressiven Stimmungsgehaltes wie vor der Elektroschockbehandlung auf. Zeigte sich jedoch eine Besserung in den Träumen, so folgte dieser meist auch eine klinisch faßbare Besserung des Tagesbefindens im Sinne eines beschleunigten Heilungsverlaufes der Depression.

Die Wirkung von Elektroschock - und medikamentöser Behandlung, soweit sie von den Patienten als ihr Traumleben verändernd bemerkt wurde, ist in der tabellarischen Übersicht dargestellt.

7. Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse

	a	b	c	d	e	f
1. Endogene Depression, A.B.K.G.Nr.1377/60	○	○	↑	↑	↑	↗
2. Endogene Depression, F.D.K.G.Nr.1552/60	○	○	↓	⊗	⊗	↗
3. Endogene Depression, M.H.K.G.Nr.1713/60	↗	○	↓	○	○	M→○
4. Endogene Depression, H.H.K.G.Nr.1608/60	↗	○	↗	↑	↑	↗
5. Endogene Depression, J.H.K.G.Nr.1599/60	↑	↗	↑	↑	↑	↗
6. Endogene Depression, J.J.K.G.Nr.1588/60	○	↓	↓	↑	↑	M→○
7. Endogene Depression, A.H.K.G.Nr.1283/60	↓	○	↓	↑	↑	↗
8. Endogene Depression, F.K.K.G.Nr.30/61	○	⊗	⊗	↑	↑	↗
9. Endogene Depression, P.M.K.G.Nr.1373/60	↑	○	↓	↑	↑	M→○
10. Endogene Depression, J.P.K.G.Nr.1435/60	↗	↓	↓	↗	↑	↗
11. Endogene Depression, L.R.K.G.Nr.1479/60	↗	↓	↓	↑	↑	M→⊗
12. Endogene Depression, F.Sch.K.G.Nr.1429/60	↗	↓	↓	↑	↑	↗
13. Endogene Depression, L.Sch.K.G.Nr.1353/60	↗	↓	↓	↑	↑	↗
14. Endogene Depression, M.S.K.G.Nr.1261/60	↗	↓	↓	↑	↑	↗
15. Endogene Depression, R.D.K.G.Nr.1081/60	↗	○	↓	↑	↑	↗
16. Endogene Depression, B.D.K.G.Nr.1017/60	↗	↓	↓	↑	↑	↗
17. Endogene Depression, I.F.K.G.Nr.1150/60	↗	↓	↓	↑	↑	M→○

18. Endogene Depression, H.G.K.G. Nr. 1042/60
19. Endogene Depression, E.G.K.G. Nr. 969/60
20. Endogene Depression, G.G.K.G. Nr. 992/60
21. Endogene Depression, S.H.K.G. Nr. 804/60
22. Endogene Depression, M.H.K.G. Nr. 999/60
23. Endogene Depression, H.H.K.G. Nr. 1054/60
24. Endogene Depression, G.K.K.G. Nr. 1248/60
25. Endogene Depression, A.K.K.G. Nr. 838/60

a = Träume in gesunden Tagen b = Träume unmittelbar vor der Erkrankung
 c = Träume zu Beginn der Erkrankung d = im Verlauf e = gegen Ende
 f = Wirkung von Medikamenten und Elektroschockbehandlung

- ↑ = Träume mit angenehmem Stimmungsgehalt
 ↓ = Träume mit unangenehmem Stimmungsgehalt
 S = Träume uncharakteristischer Art
 O = keine Erinnerung an die Träume möglich
 X = zu diesem Zeitpunkt keine Befragung möglich
 X = nach Angabe des Patienten keine Träume
 - = keine Verständigung mit dem Patienten möglich
 → = Normalisierung der Träume bei manischen Patienten
 M → = Wirkung der Medikamente auf die Träume
 ↗ → = Wirkung der Elektroschockbehandlung

f	c	d	e	b	a
↓	↓	S	↑	↑	S
S	S	↓	↑	↑	S
S	↓	S	S	S	S
S	↓	↓	↑	↑	S
S	↓	↓	↑	↑	↗ → X
O	S	↓	↑	↑	S
↓	S	↓	↓	↓	↗ → X

26. Endogene Depression, T.K.K.G.Nr.1191/60
 27. Endogene Depression, E.K.K.G.Nr.1160/60
 28. Endogene Depression, N.S.K.G.Nr.831/60
 29. Endogene Depression, R.K.K.G.Nr.798/60
 30. Endogene Depression, L.L.K.G.Nr.1109/60
 31. Endogene Depression, A.L.K.G.Nr.887/60
 32. Endogene Depression, I.Sch.K.G.Nr.
 633/60
 33. Endogene Depression, T.M.K.G.Nr.905/60
 34. Endogene Depression, K.R.K.G.Nr.1128/60
 35. Endogene Depression, B.S.K.G.Nr.90/61
 36. Endogene Depression, L.S.K.G.Nr.1235/60
 37. Altersdepression, F.D.K.G.Nr.937/60
 38. Rückbildungspsychose, M.B.K.G.Nr.936/60
 39. Depression im Rückbildungsalter, E.E.,
 K.G.Nr. 1023/60
 40. Rückbildungsdepression, W.E.K.G.Nr.
 1092/60

a	b	c	d	e	f
S	↓	↓	↑	↑	M↑O
S	O	↓	↑	↑	M↑O
-	-	-	-	-	-
S	↓	↓	S	S	S
↓	↓	↓	↓	↓	S
S	O	↓	↑	↑	S
O	O	↓	↑	↓	M↑O
S	↓	↓	↑	O	M↑O
O	↓	O	O	O	M↑O
S	↓	↓	S	↓	S
-	-	-	-	-	-
S	O	↓	↑	↑	S
S	↓	O	↑	↑	S
S	↓	↓	↑	↑	S
-	-	-	-	-	-

55. Cyclothymie, M.M., K.G.Nr. 978/60
 56. Cyclothymie, A.Sch., K.G.Nr. 1077/60
 57. Manisch-depressives Zustandsbild, A.Sch., K.G.Nr. 129/61
 58. Manie, K.A., K.G.Nr. 1641/60
 59. Manie, H.G., K.G.Nr. 1732/60
 60. Manie, H.S., K.G.Nr. 1319/60
 61. Reaktive Depression, H.H., K.G.Nr. 1349/60
 62. Reaktive Depression, K.M., K.G.Nr. 998/60
 63. Reaktive Depression, E.R., K.G.Nr. 1057/60
 64. endo-reaktive Depression, B.T., K.G.Nr. 1112/60
 65. endo-reaktive Depression, M.V., K.G.Nr. 965/60
 66. endo-reaktive Depression, T.D., K.G.Nr. 837/60
 67. endo-reaktive Depression, T.H.,

a	b	c	d	e	f
S	↓	S	↑	↑	S
S	↓	↓	↑	↑	M ↑ O
O	O	↑	↑	⊗	M ↑ O
↑	↑	↑	↑	↑	M ↑ O
S	↑	↑	↑	↑	S
S	↑	↑	↑	O	S
S	S	↓	↓	↓	S
O	S	↓	↓	↓	S
S	S	↓	↓	↓	S
↓	S	↓	↓	↓	S
↓	↓	↓	↓	↓	S
O	S	⊗	↓	↑	S
O	↓	↓	↑	↑	S

D. Besprechung der Ergebnisse und Diskussion.

Die Untersuchung eines so flüchtigen Gebildes wie es der Traum ist, hat mit vielen Unsicherheiten zu kämpfen. Die erste Schwierigkeit liegt darin, daß nie der Traum selbst, sondern nur die Erinnerung an ihn zur Beobachtung gelangen kann. Von Siebenthal bemerkt dazu, daß es nötig sei, den sprachlich formulierten Traum wieder in das Traumhafte zurückzuübersetzen, um sich dieses in ihm ausgedrückte Traumhafte zu vergegenwärtigen. Dazu sei es nötig, daß derjenige, der sich wissenschaftlich mit Träumen beschäftigte, selbst träume und sich an seine Träume erinnere. Erst das persönliche Erleben "garantiere die sachgerechte Vergegenwärtigung fremder Träume".

Übung in der Selbstbeobachtung ist nach von Siebenthal sogar eine Voraussetzung für die Heranziehung fremden Traummaterials.

Problematisch bei der Beschäftigung mit dem Traum ist auch die Tatsache, daß so vieles auf dem Weg über die Erinnerung und über die Übertragung des Traumes in eine sprachliche Form durch den Patienten verloren geht. Hinzu kommt, daß eine sofortige schriftliche Fixierung der Träume durch den Kranken selbst aus den schon erwähnten Gründen in der Regel nicht möglich war.

Auch H. H a m p p (8) konnte eine Abhängigkeit oder wenigstens eine Verstärkung der vorhandenen und wohl sicherlich biologisch fundierten Tagesschwankungen durch unangenehme Träume beobachten.

Von Interesse in diesem Zusammenhang sind die Untersuchungen von W. v o n S c a r p a t e t t i (17), der bei Depressiven häufig Träume fand, die nach seiner Ansicht in ihrer Todessymbolik geeignet waren, den Todeswunsch des Patienten im Traum zum Ausdruck kommen zu lassen. Auch bei den vorliegenden Untersuchungen fanden sich viele Träume mit auffallender Todessymbolik, ohne daß eine Beziehung zu manifesten Suicidtendenzen eindeutig zu erkennen war.

Die Beobachtungen von G. W a y n e und A. A. C l i n c o (22), wonach bei depressiven Erkrankungen sogenannte "olfactory dreams", d.h., Geruchsträume auftreten, konnten nicht bestätigt werden.

Bei 32 von 46 der depressiven Patienten hob sich bei noch gleichbleibend schlechter Tagesstimmung die Traumstimmung merklich. Dies galt auch für die Cyclothymen während einer längeren depressiven Phase. H e r s c h m a n n u. S c h i l d e r wachen ebenfalls ein Schwinden der traurigen Affekte im Traum und stattdessen "glückliche Heiterkeit". Sie betonen die häufig auftretenden kindlich-regressiven Traum inhalte in den Kontrastträumen der Depressiven. Sie bemerken, daß die "glückseligen Träume" der Depressiven im Gefühlston von der Tageshaltung abstechen und selbst bei schwersten Depressionen zu beobachten sind.

E. D. W i e r s m a (23) fand bei 81 % der mit "circulärer Psychose" erkrankten Patienten im Stadium der Depression lebhaft heitere und lustvoll gefärbte

Träume, bei den Manischen in 92 % Träume mit schlechter Stimmung. In einer ausführlichen Studie über die Träume Geisteskranker kommt auch R. L a n t e r (13) zu dem Schluß, daß "Melancholische Angenehmes und Manische Unangenehmes träumen". Es stellte sich auch bei seinen Untersuchungen heraus, daß die Träume deshalb gern verschwiegen wurden, weil sie der augenblicklichen Tagesstimmung nicht entsprachen; dies traf bei den eigenen Untersuchungen allerdings nur bei den Depressiven zu.

R. F. H o b s o n (10) hat über die psychotherapeutische Behandlung einer schweren endogenen Depression berichtet. Dabei traten im Verlauf der Behandlung in Träumen und Wach-Phantasien archetypische Bilder hervor, die auch in den Träumen der von uns untersuchten Kranken häufig waren.

Eine Erklärung dafür, warum Kontrastträume bei Manischen fehlen, wäre vielleicht in einem Satz J u n g ' s zu suchen, der besagt, daß "Kontrastträume dann vorkommen, wenn die bewußte Einstellung vom Optimum der inneren und äußeren Lebensmöglichkeiten zu weit weg führt".

Als abweichend von den Ergebnissen älterer Autoren hat sich bei den vorliegenden Untersuchungen herausgestellt, daß Depressive weder, wie A r t i g u e s behauptet, durchweg schlechte Träume haben, noch während des ganzen Krankheitsverlaufes Kontrastträume; es ergab sich vielmehr der charakteristische Befund, daß sich nach Träumen, deren Stimmungslage sich zunächst unter der Tagesstimmung befand, im weiteren Verlauf der Krankheit bei gleichbleibend schlechtem Tagesbefinden die Genesung vorwegnehmende Träume kompensatorischen Charakters einstellten.

Es stellt sich nun die Frage, ob die erhobenen Befunde diagnostische und therapeutische Rückschlüsse zulassen. Man könnte das Auftreten der Kontrastträume bei Depressiven

als Zeichen der Besserung, die Berufsträume als Zeichen der Beendigung der depressiven Phase ansehen, während eine anhaltend schlechte Traumstimmung als Ausdruck eines längeren Verlaufes der depressiven Phase gedeutet werden könnte. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang Versuche von P. K i e l h o l z (12), der seine depressiven Patienten zeichnen und malen läßt und diesen Bildern neben dem therapeutischen auch einen gewissen diagnostischen Wert beimißt. Ebenso besteht die Möglichkeit einer Frühbehandlung eines die nächste Phase vorausraumenden Patienten. Wichtig wäre schließlich für Diagnostik und therapeutisches Handeln die Möglichkeit der Abgrenzung anderer Störungen (reaktive Depression, Neurose) gegenüber der Cyclothymie aufgrund des in den vorliegenden Untersuchungen gefundenen andersartigen Traumverhaltens.

Zusammenfassung

Die Untersuchung stützt sich auf die Aussagen von 80 Patienten, die von September 1960 bis Januar 1961 an der Nervenklīnik der Universität München auf den Stimmungsgehalt und Inhalt ihrer Träume hin befragt wurden. Es wurden 670 Träume gesammelt. Dabei handelte es sich um 60 Patienten aus dem manisch-depressiven Formenkreis und um 20 Patienten mit andersartigen Störungen. -
Über das Traumleben in gesunden Tagen waren keine gesetzmäßigen Angaben zu erhalten.

20 von 28 Patienten mit endogener Depression, die eine Erinnerung an das Traumleben unmittelbar vor Beginn ihrer Erkrankung hatten, schilderten ihre Träume während dieser Zeit als zunehmend unangenehm und ängstlich bei noch unverändertem Tagesbefinden. Dies gilt vice versa auch für drei manische Patienten.

Von 11 Patienten mit der Diagnose Cyclothymie erinnerten sich 7 an ihr Traumleben vor dem Phasenwechsel. Nach ihren Angaben veränderte sich der Stimmungsgehalt ihrer Träume entsprechend der darauf folgenden manischen bzw. depressiven Phase.

28 von 46 der depressiven Kranken hatten zu Beginn der Erkrankung Träume mit ängstlichem und gehemmten Stimmungsgehalt.

Die Träume der cyclothymen Patienten mit Phasenwechsel entsprachen in den depressiven Phasen sowohl zu Beginn wie auch im weiteren Verlauf denen der rein Depressiven.

3 Patienten mit reiner Manie hatten ihrem Tagesbefinden entsprechende Träume wie 4 von 11 Cyclothymen in ihren manischen Phasen.

Im weiteren Verlauf hob sich die Kurve der Traumstimmung bei 32 der 46 depressiven Kranken bei gleichbleibender oder unwesentlich ansteigender Kurve der Tagesstimmung. Es ergaben sich also im Gegensatz zu den manischen Patienten ausgesprochene Kontrastträume, die häufig zuerst als Kindheits- und gegen Ende der Phase als Berufsträume auftraten.

Im Gegensatz dazu ergab sich bei den 20 Patienten mit nicht zum manisch-depressiven Formenkreis gehörender Diagnose kein diesem Krankheitsbild entsprechendes Traumverhalten.

Aus den Träumen der Manisch-Depressiven ergeben sich vielleicht Möglichkeiten für Diagnostik und therapeutisches Handeln, wobei auch die Reaktionen auf medikamentöse oder Elektroschockbehandlung zu beachten sind.

F. Literaturverzeichnis

1. ADLER, A.: Traum und Traumdeutung. Oesterreichische Ärztezeitung, 10 (1913), S. 132
2. ARTIGUES, R.: Essai sur la valeur sémiologique du rêve. - o.O. 1884. 54 S. Paris, Diss. v. 1884
3. BJERRE, P.K.: Das Träumen als Heilungsweg der Seele, Zürich & Leipzig: Rascher 1936
4. BOSS, M.: Psychopathologie des Traumes bei schizophrenen und organischen Psychosen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Berlin, Göttingen, Heidelberg. 162 (1938), S. 459 - 494
5. FREUD, S.: Die Traumdeutung. 9. Aufl. Wien: Deuticke 1950
6. GUTTMANN, S.A.: A note on morning depression. J. Amer. Psychoanal. Ass., 2 (1954), S. 475 - 483
7. HAPFTER, C.: Zur Entwicklung der modernen Traumdeutung. Giba-Zeitschrift. Wehr/Baden. 3 (1952), S. 1822-1828
8. HAMPP, W.: Die tagerythmischen Schwankungen der Stimmung und des Antriebes beim gesunden Menschen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit der Zeitschrift f. d. ges. Neurologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg. 261 (1960/61), S. 355-377
9. HERSCHMANN, H. und F. Schilder: Träume der Melancholiker nebst Bemerkungen zur Psychopathologie der Melancholie. Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie. Berlin. 51 (1920), S. 376 - 424.
10. HOBSON, R.W.: Archetypal themes in depression. J. of Anal. Psychol., London. 1 (1955), S. 33 - 47
11. JUNG, C.G.: Über psychische Energetik und das Wesen der Träume (Psychologische Abhandlungen 2) Zürich: Rascher & Cie 1948.
12. KIELHOLZ, P.: Persönliche Mitteilung.
13. LANTER, R.: La fonction onirique chez les malades mentaux. Evolution psychiatrique. Paris. 1954 H.4, S. 685 - 720

14. MAEDER, A.: Über die Funktion des Träumens. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Leipzig, Wien. 4 (1912), S. 692 - 707
15. OBARRIO, J.M.: Der Schlaf und die depressiven Zustände. Serv. de neurol. hosp. Rivadaria, Buenos Aires
16. SANCTIS, S. de: Die Träume, Halle: Marhold 1901
17. SCARPATETTI, W. von: Alarmierende Traumsymbolik bei Depressiven. Psychoanalytische Praxis. Wien. 3 (1935)
18. SCHUBERT, G.H. von: Die Symbolik des Traumes. 3. Aufl. Leipzig: Brockhaus 1840
19. SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der Traumanalyse. Stuttgart: Thieme 1949
20. SIEBENTHAL, W. von: Die Wissenschaft vom Traum. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953
21. STEKEL, W.: Die Sprache des Traumes. München: Bergmann 1927.
22. WAYNE, G. und A.A. CLINCO: Psychoanalytic observations with special reference to olfactory dreams. Psychological abstracts. Lancaster. 34 (1960) Nr. 7991
23. WIERSMA, E.D.: Untersuchungen und Erfahrungen über Träume. Ihr Wert für die Therapie. Nederl. Tijdschr. Geneesk. Haarlem. 78 (1934) Nr. 51, S. 5682-5690.

Lebenslauf

Am 27. Februar 1936 wurde ich als erstes Kind des Rechtsanwalts Hans Eigel und seiner Ehefrau Käte in Frankfurt am Main geboren. 1943 wurden wir nach Lorschbach im Taunus evakuiert. Dort besuchte ich die Volksschule und nach unserer Rückkehr nach Frankfurt am Main das humanistische Heinrich von Gagern-Gymnasium, wo ich im April 1955 die Reifeprüfung ablegte. Im Sommersemester 1955 begann ich das Studium der Medizin an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität in Frankfurt am Main und blieb dort zwei Semester. Während der darauffolgenden Semester studierte ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Dort bestand ich 1959 das Physikum und 1963 die Ärztliche Abschlussprüfung. Vom 15. Oktober 1963 bis 23. September 1964 war ich als Medizinalassistent an der Klinik der BVA (Parksanatorium) in Bad Homburg tätig. Seit 1. Oktober 1964 arbeite ich an der Universitätsfrauenklinik in Frankfurt am Main.



